



Fecha: _____

AVISO DE NUESTRA PRACTICA DE PRIVACIDAD

Nuestro compromiso con la privacidad

Gracias por darnos la oportunidad de brindarles servicios. Nuestra oficina esta comprometida con la educacion de sus pacientes en referencia al cuidado de la salud y como les afecta. Como resultado, le estamos proveyendo la informacion general sora la Regla de Practicas de Privacidad, una regulacion federal de la ley (HIPAA) de 1996 que rige la Movilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud asi como un resumen sobre nuestra practica de privacidad. Las siguientes siguintes categorias describen las diferentes maneras de como podriamos divulgar su informacion medical personal protegida o informacion medical individual identificable.

USOS Y DIVULGACIONES

- Tratamiento (farmacia, subespecialistas, optometras, educadores de la salud, plan de Seguro)
- Recordatorios de cita
- Pagos
- Comunicaciones entra paciente y medico (ejemplo: para pedir analysis de laboratorios y/o resultados)
- Divulgacion requerida por la ley
- Divulgacion autorizada de informacion a adultos/entidades

USOS Y DIVULGACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES

- Riesgo a la Salud Publica
- Autoridades de gobierno
- Estudios investigativos
- Supervicion del Cuidado de la salud
- Defunciones
- Amenaza seria a la salud o la seguridad
- Compensacion por derecho de desempleo

USOS Y DIVULGACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES

- Promocion y/o Mercadeo
- Autorizacion Previa por reclamos de servicios no cubiertos
- Comunicacion por telefono, mensaje de texto y correo electronico

USTED TIENE DERECHO A:

- Comunicaciones confidenciales
- Acceso electronico a informacion medica protegida
- Restringir divulgacion a planes de salud sobre el tratamiento spbre pagos completamente de su bolsillo
- Copias de tu informacion medica
- Solicitar modificaciones y autorizaciones para pacientes y otros requerimientos para facilitar investigacion medica
- Solicitar divulgacion de historial de vacunacion para escuelas

- Emitir una queja
- No participar de Comunicaciones entre paciente/medico para recordatorios de citas medicas
- No participar en el proceso de archivar informacion sobre pagos y autorizacion previa sobre gastos no cubiertos
- Notificacion de violacion de seguridad de datos sobre su informacion medical personal protegida en formato de papel o electronico

ACCIONES QUE USTED PUEDE TOMAR

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o nuestra politica de privacidad; si usted piensa que podriamos haber violado sus derechos de privacidad; o esta en desacuerdo con la decision que emitimos acerca de el acceso a su informacion medical protegida; puede contactarnos a la siguiente direccion o numero de telefono.

Sara Clopper, LPN- Office Manager

Torneria Pediatrics LLC
206 W. Oak St, Suite A
Kissimmee, Fl 34741
Ph: 407/483-8880



DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO ACERCA NUESTRA PRACTICA DE PRIVACIDAD- TORNERIA PEDIATRICS (cont.)

Nuestra Practica de Privacidad provee informacion acerca como podremos utilizar su informacion sobre la salud protegida ("PHI" por sus siglas en ingles). Usted tiene el derecho de revisar y leer nuestra Practica de Privacidad antes de firmar esta forma. Si en algun momento nuestra Practiva cambia, usted podra obtener una copia revisada ya sea comunicandose con nuestra oficina o visitando nuestra pagina de internet www.torneriapediatrics@gmail.com.

Usted tiene el derecho de requerir de restringir como la oficina en Torneria Pediatrics usa y utiliza su informacion de salud protegida. Nuestra oficina no requiere modificar nuestra practica de privacidad, pero en caso de que la hagamos, el aviso de privacidad sera rigido por un nuevo contrato.

Al firmar este document, usted esta dando consentimiento de utilizar su informacion de salud protegida en relacion al tratamiento, pago y operaciones de salud como lo describe el aviso.

He leido y estoy de acuerdo con el Aviso de Nuestra Practica de Privacidad en Torneria Pediatrics LLC.

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nac.** _____

Firma de padre, madre o encargado _____ **Fecha** _____